

## TOCOLOGÍA.

## SOBRE EL TRATAMIENTO PROFILACTICO POSIBLE DE LAS PRESENTACIONES

OCCIPITO Y FRONTO-POSTERIORES POR MANIPULACIONES EXTERNAS.

TRABAJO DIRIGIDO Á LA ACADEMIA DE MEDICINA POR EL SOCIO CORRESPONSAL,  
DR. ANTONIO J. CARBAJAL.

“El parto natural irreprochablemente entóico sólo se observa en las presentaciones cefálicas occipito-anteriores (1<sup>a</sup> y 2<sup>a</sup> de vértice), y cuando en las occipito-posteriores el movimiento de rotación es tan completo que la 4<sup>a</sup> se torna en 1<sup>a</sup> y la 3<sup>a</sup> en 2<sup>a</sup> de vértice.”—(Profesor J. M. Rodríguez).

Esta proposición es, en mi concepto, una de las más importantes y fundamentales generalizaciones de la obstetricia. De todo punto inatacable, es una consecuencia rigurosa del conocimiento que poseemos del dinamismo del parto. Verdad es que el alumbramiento puede verificarse en otras presentaciones del engendro; ¿pero son tan inofensivas para él y la madre como las anteriores de vértice? Ninguno se atrevería á sustentarlo.

No deja de ser singular que despues de 2200 años venga á establecerse un aforismo que Hipócrates hubo presentado; no idéntico, pero que conduce á los mismos-resultados prácticos. Creia Hipócrates que el parto solamente era natural cuando se verificaba por el vértice, y que en cualquiera otra presentacion no era posible. «Obsérvase el efecto de este aforismo, dice Leihsmán, admitiendo que sólo en las presentaciones cefálicas puede tener lugar el parto mediante las fuerzas naturales: siguese de aquí, como un natural corolario, que uno de los principales objetos del partero debe ser convertir en dichas presentaciones las de asiento, de piés ó de tronco. No necesitamos insistir en las reflexiones á que da lugar semejante práctica, porque son horrorosas.» (The contemplation of such a state of practice is too horrible to dwell upon W. Leihsmán. Syst of Midw. 1879, pág. 18.)

Esta severa apreciación del partero escocés no es ya aplicable á la proposición que vengo examinando, aunque efectivamente conduce al mismo resultado práctico que la doctrina hipocrática; porque, en primer lugar, establece un hecho irrecusable comprobado teóricamente por el razonamiento y en la práctica por las estadísticas de todos los países: el parto en las presentaciones occipito-anteriores es más frecuente, ménos dificultoso y más conforme á las leyes fisiológicas; en segundo lugar, no se niega la posibilidad del parto agripino y sus variedades ni se da lugar á la frecuente y á menudo peligrosa intervencion quirúrgica, que tan nociva fué á madres é hijos durante el larguísimo reinado

de la enseñanza tocológica griega hasta A. Paré. Todo lo contrario; teniendo en cuenta el partero moderno la verdad incuestionable de aquella asercion y la posibilidad é inocuidad de obtener oportunamente la presentacion favorable, está estrictamente obligado á emplear las operaciones profilácticas para evitar otras peligrosas y que con frecuencia tienen malos resultados. Me refiero á las que se ejecutan por manipulaciones externas ántes del trabajo y que han sido tan perfeccionadas por Wigaud, Matteï, Rodriguez y otros.

Dos son las ideas fundamentales sobre que se apoya el método de que voy á hablar: la primera, que las posiciones occípito-anteriores son las que producen partos más favorables: la segunda, que es preferible obtenerlas artificialmente por manipulaciones externas ántes que comience el trabajo del parto. Esta es la última enseñanza á que se ha llegado y que reúne el punto de vista científico y el interes humanitario del arte. Constituye un verdadero precepto para el partero y equivale á establecer esta máxima de eterna sabiduria: *mejor es evitar un mal que tratar de remediarlo una vez producido.*

Para poder llegar á semejante adelanto, prácticamente hablando, era necesario que un medio eficaz de diagnóstico de la posicion y actitud del feto en el seno uterino, la palpacion y auscultacion abdominales combinadas, se hubieran notablemente perfeccionado; era necesario conocer á fondo todos los principales fenómenos mecánicos del parto en todos los abocamientos y posiciones (de lo cual ha resultado la sencillez de las clasificaciones modernas sobre las antiguas, en las que se admitian numerosas y aun problemáticas presentaciones); era necesario, por último, que se hubiera comprobado la posibilidad é inocuidad de la trasformacion de los abocamientos por la evolucion artificial del feto ejecutada por metódicas manipulaciones externas en ciertas y determinadas condiciones. Todo lo cual no ha ocurrido sino recientemente desde los trabajos de Wigaud, Hergot, Matteï, Pinard, y entre nosotros del Profesor Rodriguez. De aqui el que se haya podido formular, como lo ha hecho el último, la siguiente conclusion:

«Vistos y comprobados los peligros y dificultades de que por su naturaleza « misma están erizados los partos cuando maduros los fetos no se presentan « por la region cefálica, el pretender que los abocamientos pelvianos, de tronco « y faciales se trasformen en abocamientos de vértice, es loable.»

Esta es la última enseñanza del Profesor de clinica de México, que desde hace varios años se ha propagado entre sus discipulos y va normando la práctica obstetricial entre nosotros. ¿Es loable que todos los abocamientos se trasformen en presentaciones de vértice? Indudablemente. Pues entónces yo me he dicho, lo será más que todos ellos se tornen en presentacion occípito-anterior; y como quiera que aun subsisten las occípito-posteriores y fronto-posteriores abandonadas al tratamiento clásico y no se ha presentado procedimiento alguno (que yo sepa) para convertirlas ántes del trabajo en las posiciones irre-

prochables que forman, como dice el Profesor Alcorta en su Tesis de concurso, el Desideratum de la Escuela Mexicana, me ha parecido muy oportuno contribuir á llenar un vacío de la práctica, con las ideas que voy á emitir en el presente trabajo.

Podrá suceder, y es lo probable, que la insuficiencia de mis conocimientos no me permita alcanzar el fin que me propongo. Empero confío en la benevolencia de esa Academia, á quien dirijo el fruto de mis meditaciones. Ella sabrá discretamente apreciar el grande interes del problema científico, y aceptar, modificar ó repulsar lo que voy á proponer: tanto gana la ciencia con una verdad más, como con un error ménos.

---

«Los partos en los abocamientos cefálicos occipito-posteriores no son irremediablemente fisiológicos cuando el movimiento de rotacion hácia adelante no se completa ó cuando se hace en sentido contrario, quiere decir, hácia atrás. Tales partos en las nulíparas son difíciles y peligrosos, y difíciles en las multiparas.» (Profesor Rodríguez).

Las posiciones occipito-posteriores, felizmente raras, han preocupado mucho á los tocólogos y sido el objeto de numerosos estudios: la razon de ello la encontramos en que efectivamente esta clase de alumbramientos son difíciles, laboriosos en las multiparas y además de eso peligrosos para madres é hijos en las primíparas, como acertadamente dice el aforismo anterior. La suma lentitud con que se dilata el cuello, la mayor intensidad de los dolores, su relativa ineficacia, la considerable distancia que tiene que recorrer el occipucio hasta salir adelante de la horquilla en los casos en que no se verifica su rotacion hácia adelante, el agotamiento y desesperacion que ocasiona á la paciente un parto prolongado ó tedioso, el peligro que sobreviene al feto por su larga permanencia dentro de la cavidad uterina, despues de rota la bolsa amniótica, cosa que con frecuencia sucede, las consecuencias del traumatismo por la compresion prolongada de la cabeza contra las partes blandas del canal intra-pelviano, que suele dar lugar á terribles inflamaciones y aun á fistulas vésico ó recto-vaginales, desgarradura del perineo, etc., etc., son todas circunstancias fatales y muy comunes en estos abocamientos.

Pajot y Dubois, entre otros, han estudiado bien el mecanismo de estos partos; y de las experiencias del último resulta que solo cuando la cabeza es relativamente pequeña ó encuentra débil resistencia en el piso perineal sale fácilmente en posicion directa, aunque siempre ménos que en las posiciones anteriores. De otro modo, ó ejecuta la rotacion hácia adelante, ó si sale con el occipucio dirigido hácia atrás, es con peligro de que sobrevengan las consecuencias de que he hablado.

El tratamiento clásico de estos partos es muy conocido para que necesite hacer otra cosa que recordarlo. Se refiere todo él á la conducta que se debe seguir durante el trabajo: esperar á que se verifiquen gradualmente los fenómenos mecánicos que le son particulares, favoreciendo á lo más el movimiento de rotacion de la cabeza, sea con los dedos ó la palanca, terminarlo con el forceps, si hay indicacion, por medio de una ó dos aplicaciones del instrumento.

Un hecho no lejano de mi práctica me permitió hacer la conversion cefálica-anterior durante el trabajo. El caso fué el siguiente: en el mes de Setiembre del año pasado asistí á una señora múltipara, embarazada de tiempo, y cuyo producto, relativamente pequeño, estaba en cuarta posicion de vértice (o. i. i. p.). Habiendo sido felices ó por lo ménos de mediana duracion sus partos anteriores, éste duraba ya diez horas y no habia señales de que terminara pronto. Sometida á la semianestesia, (y ayudado muy eficazmente de la posicion en que la coloqué), pude ejecutar la conversion de la cabeza, siendo de advertir que la bolsa de las aguas no se habia roto, que el cuello estaba suficientemente dilatado y que ningun obstáculo se encontró para la introduccion de la mano: de modo que la maniobra fué intra-uterina. El parto terminó *inmediatamente* y fué producido por una sola contraccion uterina que duró más de medio minuto con el suficiente vigor. El hecho fué presenciado por los Dres. E. Lozano y J. Amezcua. En un caso anterior habia fracasado: acompañado del Dr. J. Rechy, asistí en la Rinconada de San Diego á una primeriza, cuyo producto, único, estaba en tercera posicion de vértice (o. i. d. p.); las paredes abdominales estaban tensas, la bolsa se habia roto y salido casi en su totalidad la agua del amnios; el útero presentaba una contraccion irregular de su segmento inferior. Toda tentativa fué inútil y se hizo indispensable, despues de mucho esperar, terminar el parto con el forceps y con gran trabajo; el niño sucumbió á las cuantas horas probablemente á causa de un derrame cerebral, del cual presentaba los principales signos al nacer.

Casos tan difíciles y desgraciados no son raros en las presentaciones de que me ocupo, y creo estar autorizado para inferir que en el primero, en que pude hacer la conversion, el parto, cuando ménos, no hubiera terminado tan pronto, ya que la circunstancia de la multiparidad y las demás tan favorables no habrian impedido, hecho peligroso ó demasiado largo el trabajo. ¡Cuán ventajoso no seria que pudiésemos hacer esta conversion en la época que se prescribe para las otras, por manipulaciones externas entre el sétimo y octavo mes! Ciertamente, aunque la posicion pueda tornarse en anterior, mediante los esfuerzos naturales, lo cual quita á esta clase de partos sus dificultades y peligros, por lo ménos al fin, no sabemos anticipadamente si esto ocurrirá ó nó ni tenemos medio de pronosticarlo. Mejor es, en mi concepto, prevenir los males que puedan resultar de esta posicion, cambiándola sea en el momento del parto si es posible (como yo lo hice en el caso citado), ántes de la rotura de la bolsa y por

maniobra intra-uterina, ó antes, por el procedimiento que propongo para su estudio práctico.

#### PREVENCIONES GENERALES.

Tómense todas las aconsejadas en las operaciones por manipulaciones externas. 1.º Diagnóstico exacto de la posición del feto. 2.º Que el recto y la vejiga estén vacíos. 3.º Lo necesario para la anestesia después de haberse asegurado que no hay contraindicación ó peligro para su empleo. 4.º La paciente debe estar en ayunas.

PRIMER TIEMPO.—MOVILIZACIÓN DEL PRODUCTO.—Colóquese á la paciente en la supinación con los muslos semidoblados sobre el vientre y las piernas dobladas en la actitud que suele darse para los reconocimientos del vientre, y póngase debajo de la pelvis ó cintura un cojín que la levante moderadamente. Hecho esto se volteará sobre el lado opuesto al de la presentación, es decir, del lado derecho para la cuarta (o. i. i. p.) y del izquierdo para la tercera (o. i. d. p.)

SEGUNDO TIEMPO.—EVOLUCIÓN.—El operador toma con las dos manos los extremos accesibles del feto, que son el asiento hacia arriba y un hombro hacia abajo, y trata de dirigirlo hacia el epigastro, que está en posición declive respecto á la pelvis, con el objeto de obtener más seguramente la movilidad, haciendo ascender la cabeza al estrecho superior ó completamente á la gran pelvis; después ejecutará el movimiento de rotación de izquierda á derecha, haciendo girar sobre su eje longitudinal al feto, para traer la región dorsal hacia adelante y la izquierda para las posiciones occipito-posteriores izquierdas (la 4.ª); el movimiento será inverso para las derechas (la 3.ª); es decir, de derecha á izquierda. Al momento mismo en que se haga esta maniobra, el ayudante que previamente ha introducido los dedos índice y medio de la mano en el *recto*, ó la mano entera si no alcanzaren bien para colocarlos entre la parte posterior de la cabeza y la margen del estrecho superior, secundará la rotación trayendo al occipital hacia adelante, usando la mano derecha para la cuarta posición y la izquierda para la tercera. Una vez que se crea conseguido el objeto se quitará el cojín, y en tanto que se sacan la mano ó dedos del intestino, el operador comprimirá con las dos manos el fondo de la matriz para hacer penetrar á la excavación la cabeza del producto en la nueva posición. Se ratifica el resultado por el tacto vaginal, palpación y auscultación abdominales.

TERCER TIEMPO.—FIJACIÓN.—Se aplicará un vendaje apropiado con compresas graduadas sobre la fosa iliaca del lado en que ha quedado la cabeza y hacia atrás de ella.

Si sobrevienen dolores ó contracciones uterinas se combatirán con el reposo

y los opiados; será útil tambien evitar la constipacion que, como pensaba Mad. Boivin, y es posible, puede contribuir á la produccion de estos abocamientos.

Si la mujer está ya en trabajo de parto se podrá intentar el procedimiento que he practicado y que más detalladamente fué el siguiente: esperé á que el cuello uterino estuviese suficientemente dilatado para poder introducir toda la mano dentro de la cavidad, *antes* de la rotura de la bolsa, y habiendo comunicado mi plan de manipulaciones á los dos compañeros que me ayudaban, recomendándoles ejecutaran la externa tomando el asiento y el hombro de la criatura, puse una almohada bajo de la pélvis, incliné á la paciente del lado derecho é introduje con suma facilidad la mano; tomé con ella la cabeza y traje hácia adelante el occipucio, ántes de que el ayudante hiciera la rotacion, porque la posicion dada á la enferma permitió que todo el feto girara. Una vez bien abocado el vértice quité el cojin y puse en la supinacion á la señora. La diferencia esencial del procedimiento en estas dos diversas circunstancias consiste simplemente en la vía por donde se obrará directamente para traer adelante el occipucio, que puede y debe ser por la vagina en un caso y es imposible en el otro; por lo cual me ha ocurrido que sea por el intestino.

Examinemos detalladamente el procedimiento. ¿Se puede obtener la movilizacion del feto por la posicion que recomiendo? Creo que sí. La acomodacion se verifica en las primerizas ántes que en las multiparas; pero entre el sétimo y el octavo mes el volúmen total del producto, y de la cabeza, sobre todo, permiten suponer que levantando la pélvis, y en virtud de su propio peso, tenderá á dirigirse hácia el epigastro, que está en situacion más declive. ¿Se podrán tomar con las dos manos las regiones del feto que he dicho? Esto es indudable si existen las condiciones necesarias para toda operacion por manipulaciones externas: que si las paredes abdominales fueren demasiado tensas, la capa adiposa demasiado gruesa, el feto muy pequeño ó hubiese una hidropesia del amnios, etc., etc., ya se deja entender que seria ó muy difícil ó imposible. Véamos en cuanto á la evolucion: me parece que no presentará más dificultad, sino todo lo contrario, que la que la puede haber en las inversiones de las posiciones sacro-posteriores, y ciertamente, por lo ménos en teoria, se comprende que la rotacion es más sencilla en su ejecucion que la doble rotacion que se hace ejecutar en las inversiones de las sacro-anteriores. La introduccion de la mano en el intestino para secundar la rotacion del tronco es lo que puede constituir la parte criticable del procedimiento y exige algunas ampliaciones. Desde luego presento la primera objecion que se le puede hacer: esto es tosco y repugnante. Muy léjos estoy de sostener que esta maniobra sea del agrado del cirujano ni mucho ménos de la paciente. Lo del partero no se debe tomar en consideracion sino bajo un solo aspecto de que hablaré despues: las dimensiones de su mano. En cuanto á las segundas diré: que habiendo preguntado á varias señoras si en un caso dado permitirian esta maniobra, me han contestado que no tendrian

reparo en ello si por ese medio se libertaban de algun peligro ó siquiera se abreviaba el trabajo. Además, téngase presente que la semianestesia le quitaria en casi su totalidad la repugnancia que inspira. Anatómicamente considerada y hábilmente ejecutada, no creo que sea tan horrorosa. Los dedos se deberán introducir uno á uno, comenzando por el medio y el índice; si éstos son largos, es decir, de partero, como se les designa en el arte, y la cabeza juega libremente en la excavacion, y por lo mismo pueden bastar para el objeto, claro es que no se debe intentar la introduccion de la mano, por innecesaria; mas si la rotacion tiene que ejecutarse en la márgen del estrecho ó la pélvis abdominal, hasta allá nó alcanzarán los dedos. No quedaria más arbitrio en el caso de no admitir la mano que usar una palanca adecuada, semejante á la de Roohuysen; pero ningun instrumento puede sustituir á la mano cuando se necesitan los datos que sólo la sensibilidad puede proporcionar. En efecto; aunque rigurosamente seria posible conseguir el objeto con dicho instrumento, no se tendria una idea justa de la exacta posicion de la cabeza y podria lastimarse el intestino; ni se apreciaria de igual modo la tendencia á la rotacion ó se produciria tal y como se desea. Las consecuencias de la introduccion de la mano se limitarian á una incontinencia de las heces por unos cuantos dias, que es lo que se ha observado en casos análogos.

Por otro lado: me parece indispensable operar de esta ó semejante manera porque es necesario obrar sobre los dos polos del ovoide fetal, puesto que la articulacion atlóido-axoidea interrumpe la continuidad de su eje, y podria muy bien suceder que la rotacion que se imprime al tronco por fuera no se trasmitiese á la cabeza y resultara la torcion del cuello. Descuidar este punto no seria ni científico ni prudente, puesto que al movilizarse el feto queda en todo su juego la articulacion ántes dicha, porque se disminuye la flexion de la cabeza y peligraria la vida ó fracasaria el intento. Pues bien; si la maniobra debe ser bipolar, tiene que ser mixta, y el único camino accesible es el intestino: por lo mismo creo lógico aprovecharlo. Antes de la completa dilatacion del cuello uterino no es posible llevar los dedos detrás del occipucio para hacerlo girar, porque estando dirigido hácia los ligamentos sacro-ciáticos, el fondo de Douglas lo impide de una manera absoluta. En la conversion que practiqué pude tomar con la mano dentro del útero la cabeza de la criatura, operando en el vasto campo de la gran pélvis, á un lado del promontorio: entónces tuve la idea de que el único lado accesible seria el intestino, si se pretendiera hacerlo ántes del trabajo. Preveo que en las cuartas posiciones la manipulacion deberá ser más sencilla que en las terceras, por estar dirigido el recto de izquierda á derecha; pero es bastante su movilidad y elasticidad para no impedirla.

La exploracion de la cavidad pelviana por la introduccion de la mano en el intestino es un procedimiento quirúrgico aceptado por los cirujanos y que ha dado algunas veces resultados sorprendentes. Hace dos años lei en *The Ame-*

rican Journal of the Medical Sciences» un caso muy interesante, en el que mediante este arbitrio se logró diagnosticar y aun curar por la compresion digital un aneurisma intra-pelviano inaccesible por el vientre.

Lo que debemos apreciar en este procedimiento tocológico es: primero, su posibilidad; segundo, su eficacia; tercero, su inocuidad. Si estas tres indispensables condiciones se encuentran en la práctica, las demás objeciones que pudieran hacérsele, siendo de poco valor, no deben retraer de experimentarlo, en atencion á los grandes beneficios que de él pueden conseguirse. Por esto me parecería conveniente que los profesores que tienen á su disposicion un campo clínico vasto, y que por lo mismo pueden ensayarlo, se sirvieran hacerlo y emitir su opinion.

No dudo que entre las manos hábiles y ejercitadas de nuestros parteros puedan modificarse y perfeccionarse estas manipulaciones. Mi objeto principal al dar á luz estas ideas es promover el estudio práctico de un punto interesantísimo en el arte obstetrical, que en este sentido no sé que haya llamado la atencion, al ménos hasta la fecha en que las comuniqué á mi distinguido amigo el Profesor Rodriguez, el cual, debo decirlo, desde luego rechazó mi plan. En las obras extranjeras más recientes que he podido consultar, tales como las de Hodge, clásico en los Estados Unidos, Leihsmán, notable tocólogo escocés, Cazeaux, Nægelé, Schröder, Pinard y otros, nada he encontrado sobre el particular.

Si, como ántes digo, la práctica sancionara, como en teoría se puede prever, la eficacia, posibilidad é inocuidad de este proceder, ¿no seria una gran ventaja suprimir oportunamente durante el embarazo las posiciones occípito-posteriores, así como el Profesor Rodriguez ha logrado hacerlo de otras más ó ménos peligrosas ó imposibles, durante el periodo de catorce años, y que comprende la respetable cifra de 179 que refiere en su Memoria de Julio del año pasado? ¡Cuántos dolores inútiles economizados á las desgraciadas parturientes, cuántos perineos salvados de inminente peligro, cuántos accidentes puerperales suprimidos y cuántas vidas de engendros tan desfavorablemente abocados dejarán de perderse ó por lo ménos de exponerse á los graves riesgos de las operaciones instrumentales, son cosas que dejo á la consideracion de los prácticos que han tenido que luchar á la cabecera de una paciente en estos partos tan terribles para las nulíparas y poco tolerables para las múltiparas.

No insisto en las ventajas que en la práctica tocológica se obtendrían por este ú otro procedimiento profiláctico para suprimir las posiciones de que me vengo ocupando, porque no encuentro razones dignas de tomarse en cuenta en contra de este principio:

«Si estos abocamientos son por lo ménos desfavorables, porque el parto á que dan lugar no es irreprochablemente fisiológico, es loable hacerlos desaparecer ántes del trabajo ú oportunamente una vez comenzado.»

Las presentaciones de cara fronto-posteriores ó mento-anteriores dan lugar á partos difíciles y peligrosos; aunque posibles, á diferencia de las fronto-anteriores, en las que la cabeza no puede salir del recinto pelviano si no se produce naturalmente ó por medio de los recursos del arte la flexion, que las convierte en de vértice, ó la rotacion, que las torna en fronto-laterales, para que la barba venga á colocarse bajo el arco del púbis. De manera que el parto en posicion fronto-anterior es imposible. Son muy conocidas las razones, para que pierda el tiempo en recordarlas. Como procedimiento profiláctico para corregir estos abocamientos tenemos el de la «regularizacion» del Profesor Rodriguez, que constituye un adelanto notable, puesto que convierte la de cara en posicion occipito-anterior. El Profesor Martinez del Rio me refirió haber visto considerable número de cabezas de feto divididas por el forceps-sierra en la Maternidad de Milan. Efectivamente, esta es la terrible operacion á que dan lugar estas presentaciones como último recurso para terminar el parto, cuando es imposible la terminacion de otra manera, como seria la aplicacion doble del forceps. Mas como he dicho tenemos ya un procedimiento para corregirlas oportunamente.

No sucede lo mismo con las fronto-posteriores ó mento-anteriores, que están léjos de constituir posiciones irreprochables. El mecanismo de estos partos es bien conocido y no necesito recordarlo sino para hacer presente sus dificultades y peligros. La dilatacion del cuello es lenta porque la cara presenta una superficie irregularmente plana, con salientes y depresiones que le impiden amoldarse exactamente á su circunferencia, como sucede con el vértice que en forma de cono trunco constituye una especie de cuña. La bolsa amniótica, en consecuencia, se alarga demasiado y tampoco toma la forma más adecuada para contribuir eficazmente á la dicha dilatacion y se rompe con facilidad. De aqui el precepto de evitar que la paciente haga esfuerzos que podrian producir esta precoz rotura, por lo cual Nægelé recomienda la posicion á la inglesa, sobre el decúbito lateral, que indirectamente impide el esfuerzo á que naturalmente se siente inclinada la mujer para abreviar sus padecimientos. Si ocurre esta rotura y se vacía el ámnios ántes que el cuello esté suficientemente dilatado, ya se sabe que comienza el peligro de la vida del producto. La compresion del perineo, llegado el momento en que la barba aparece bajo el púbis, debe hacerse con mucha delicadeza, porque como la pared anterior del cuello del niño viene á quedar colocada detrás de este arco huesoso, es muy temible el peligro de esta compresion, que podria matar á la criatura por la importancia de los órganos de dicha region, como son la traquea, los gruesos vasos y la poca defensa que tienen por delante. Por último, el aspecto de la cara de los niños que nacen en abocamiento facial es horrible por lo deforme y amoratado de ella, lo cual resulta del estancamiento sanguineo, de cuyo mecanismo bastante conocido no debo ocuparme: tan horrible es que los autores recomiendan advertir anticipa-

damente á la familia el aspecto que tendrá el niño y evitar mostrarlo á la madre inmediatamente despues del nacimiento. Por todas estas razones parece lógico y muy natural tratar de prevenir ó corregir estas presentaciones si se logra obtener un medio racional y profiláctico eficaz. Creo que podría ser el siguiente procedimiento:

PRIMER TIEMPO Ó PRIMERA SESION.—CONVERSION DE LA POSICION FRONTO-POSTERIOR EN OCCÍPITO-POSTERIOR.—Levantada la pélvis por medio del cojin para movilizar el producto, el operador tomará con las dos manos el tronco para traerlo hácia el epigastro, mientras otro que ha introducido previamente la mano en el intestino, con las precauciones recomendadas, procurará pasar los dedos índice, medio y anular detrás de la frente, y atrayendo á si la cabeza, se esforzará en doblarla sobre el plano esternal. Conseguido esto, quitase el cojin y entretanto comprímase directamente hácia la excavacion por el que ha ejecutado la movilizacion, mientras se saca la mano del intestino. Rectifícase por los medios conocidos y si la nueva posicion es francamente de vértice occipito-posterior se habrá logrado el objeto.

SEGUNDO TIEMPO Ó SEGUNDA SESION.—PRÁCTIQUESE EL PROCEDIMIENTO PARA CONVERTIR LA POSTERIOR EN OCCÍPITO-ANTERIOR, FIJÁNDOLA COMO ANTES SE HA DICHO.—Inútil es advertir que se deben usar las precauciones generales para las otras operaciones por manipulaciones externas y usar la semianestesia. Podrá ser conveniente ejecutar la operacion en una sola sesion: la práctica dirá si es ó nó preferible. Si se puede doblar la cabeza comprimiéndola sobre el occipital despues de movilizado el feto en las presentaciones fronto-antérieures, no veo imposibilidad de hacerlo en las posteriores obrando sobre el vértice á través del intestino. Verdad es que no será fácil alcanzar el occipucio, ni se necesita, pues la misma gravedad viene en ayuda del operador. La actitud natural y ordinaria de la cabeza del feto en el seno uterino es estar doblada, con la barba aplicada al pecho; atrayendo el tronco, de modo que la cara se desprenda de la excavacion, no creo difícil conseguir la flexion hácia el esternon. En la estacion vertical la cabeza se mantiene en equilibrio por la accion de los músculos de la nuca que se insertan en el occipital: la *palanca de la estacion*, como se le llama, es de primer género; la potencia representada por los músculos dichos tiene su punto de aplicacion hácia atrás, el punto de apoyo está en el medio representado por la articulacion occipito-atloidea, y la resistencia hácia adelante de ésta, sobre una perpendicular que pasa por el centro de gravedad de la cabeza, que por su propio peso tiende á doblarse hácia el pecho. En la actitud inversa que tiene el feto, la accion de la potencia es enteramente nula y solo la resistencia aumentada (ayudada de otra causa, como una oblicuidad de la matriz ú otra) es la que determina la extension de la cabeza ó flexion hácia

atrás. Si, pues, se moviliza, ésta debe tender á caer ó sea á doblarse por su propio peso hácia delante, puesto que la resistencia ha desaparecido, resistencia que hacia el oficio de potencia, para extender primero y doblarla despues hácia atrás. Téngase presente que entre el sétimo y el octavo mes el volúmen de la cabeza es mucho menor que á término, y que por lo mismo no será tan difícil la movilizacion. Bien sé que en esta época dichas presentaciones son tan raras que algunos autores creen que sólo se producen cerca del parto, y por lo mismo son consecutivas y nó primitivas. En todo caso siempre será provechoso tratar de suprimirlas cuando se presenten las condiciones favorables para conseguirlo, puesto que comenzado el trabajo, si la bolsa está rota y la penetracion avanzada, ya no se podrá corregirlas, á ménos que sea muy pequeña la cabeza y permita bascular en la excavacion el diámetro occipito-mentoniano. Antes de la rotura de la bolsa ó fuente la maniobra puede ser intra-uterina, tomando con la mano la cara ó pasando los dedos detrás de la fuente para coger el vértice y trasformarla en occipito-posterior. En este caso quizá bastará la posicion por medio del cojin para levantar la pélvis y producir la movilizacion, sin necesitar de la maniobra exterior. A renglón seguido y ántes que salgan las aguas se podrá convertir la occipito-posterior que resulta en anterior.

La idea de operar por el intestino ántes de la época ó momento en que el cuello del útero permita la introduccion de la mano está fundada en la imposibilidad de hacerlo por la vagina, y la diferencia que tiene en este caso la importancia de la maniobra consiste en que para la conversion de las de cara es la principal, y en las presentaciones de vértice, aunque á mi juicio indispensable, es la secundaria.

Por último, para terminar lo relativo á este punto diré que hay que tener presente la suma relajacion que experimentan en los últimos meses del embarazo los órganos y tejidos intra-pelvianos que están impregnados de secreciones especiales; y por lo que toca al esfínter del ano, que su tonicidad está notablemente disminuida, al grado que es comun observar cómo en el momento del parto salga la mucosa intestinal durante los esfuerzos, á lo que contribuyen sin duda los rodetes hemorroidales tan frecuentes, en cuyo caso es fácil é indolente la introduccion de uno ó dos dedos. Además, como he dicho, esta introduccion se deberá hacer gradualmente. Comprendo que si se hiciera bruscamente pudiera producirse la desgarradura del esfínter ó del intestino ó bien inflamaciones. Por lo demás, ésta, como todas las operaciones quirúrgicas y en especial las tocológicas, son de una facilidad ó dificultad relativas: el volúmen de la mano del partero tendrá mucho que ver en ello, y habrá caso en que una mano determinada sea demasiado tosca para intentarla y por lo mismo no deberá hacerlo; pero, en general, entre nosotros es bien sabido que el tamaño de las manos es mucho menor que el de las europeas y anglo-sajonas, lo cual está en relacion con la pequeñez de los órganos femeninos de la generacion en nuestro

país. Si friamente se considera esta manipulacion no es más repugnante ni ofende más el pudor que la introduccion de la mano y antebrazo por la vía ordinaria y generalmente aceptada. Me atreveria á decir que muchos maridos la preferirian para sus señoras, sobre todo si, como sospecho, se presentan las oportunidades de que basten los dedos simplemente. El contacto de la mano en las operaciones intra-úterinas causa á las mujeres una sensacion muy desagradable y penosa: la delicadeza del órgano es bien conocida. El recto es mucho ménos sensible por la naturaleza de sus funciones.

Supongo que no hay vicio de conformacion en la pélvis ó en el feto, y que por lo mismo no hay obstáculo material insuperable para corregir las presentaciones de que me he ocupado. En suma, que se hallan reunidas las condiciones que requieren las operaciones por manipulaciones externas.

\* \* \*

Para resumir: si teóricamente y sancionado por la experiencia los únicos partos irreprochablemente eutócicos son los que se verifican en las presentaciones de vértice occipito-anteriores (1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup> Mex.), lógico es pretender transformar en éstas, de acuerdo con nuestro desideratum, todas las que pueda tener el producto en el claustro materno. Mas las condiciones indispensables de las maniobras deben ser tales que unan á su eficacia una completa inocuidad y ser oportunamente ejecutadas. La práctica ha sancionado en nuestro país las inversiones, conversiones y regularizaciones por cuyo medio se hacen posibles é inofensivos los partos en las presentaciones pélvicas, de tronco y faciales fronto-anteriores; resta, pues, llenar el vacío de las occipito-posteriores y fronto-posteriores, á cuyo fin va dirigido el presente trabajo.

La observacion é induccion filosóficas me han sugerido estos procedimientos; la comprobacion experimental los abona y solo resta la verificacion práctica, que presumo no podré obtener en escala suficiente, porque para ello se necesita estar al frente de una Maternidad y ejercer en una ciudad populosa.

He concluido, señores, y espero de vuestra indulgencia tengais en consideracion las grandes dificultades que los médicos de provincia tenemos en nuestro país para presentar trabajos dignos de las asociaciones científicas. El punto que he tratado es indudablemente de grande interes en la Obstetricia; pero debido á mi insuficiencia y otras causas inútiles de referir, no lo he hecho á medida de mi deseo, ni del grande empeño que el asunto me ha inspirado.

Cuernavaca, Mayo 4 de 1884.

ANTONIO J. CARBAJAL.

---